

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

M22- 0049940

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres **150361**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **605** Société : **RAM**
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : **EL ADDALI THAMI**
 Date de naissance : **01.01.1944**
 Adresse : **BLOC H XI: 116 Lot Haouzia Kenitra**
 Tél. : **0664234684** Total des frais engagés : **2576,40** Dhs

Cadre réservé au Médecin


Cachet du médecin : **Dr. Salah Eddine MAAROUFI RHEUMATOLOGUE 124, Bd. La Liberté - Casablanca Tél : 05 22 30 91 54 - 05 22 54 29**
 Date de consultation : **10.02.2023**
 Nom et prénom du malade : **EL ADDALI THAMI** Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie :
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
 En cas d'accident préciser les causes et circonstances :
 Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : **Casa** Le : **10/02/2023**
 Signature de l'adhérent(e) : **[Signature]**

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019


RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
20/02/23	2	300,00		


EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la facture
	20/02/23	376,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	20/02/23	30	400,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

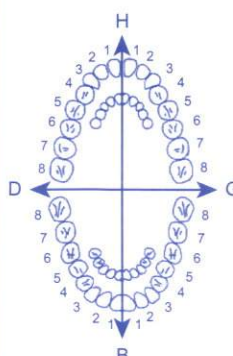
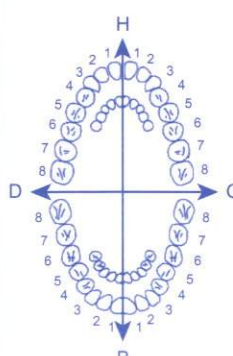
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre	Montant détaillé des Honoraires
	10/03/23	AM: 10, PC: 15, IM: 15, IV: 15	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																			
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		G		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																			
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	D																			
	00000000	00000000																		
	35533411	11433553																		
	B																			
	G																			
	<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>																	
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Mr MIRI Jamal Eddine
Kinésithérapeute
Diplôme de l' »ISCAM »
BRUXELLES

Casablanca, le 10/03/93

Résidence les fleurs

59, Bd Zerkouni

Tél : 05 22 20 21 92

Patente n° : 36301470

IE: 001717939
00007

Planning

NOTE D'HONORAIRES

IR: 65000140

Nom & Prénom :

Nom & Prénom de l'adhérent : *RADAKI WATIA*

Mle..... AS..... AT.....

Sur prescription du Docteur.....

Nombre et nature du traitement..... 10..... séances de.....

kinésithérapie, massage

Soins prodigués du..... Au.....

• Somme due..... 10..... séances x 110 dhs = 1100 dhs

• Total..... x..... % =..... dhs

La présente facture est arrêtée à la somme de :

1100 dhs

Avec mes remerciements

[Signature]
KINÉSITHÉRAPEUTE
59, Ed. Zerkouni
Tél. 20 21-92 - Casab'2000

1^{er} 22/02/83.
2^e 23/02/83
3^e 27/02/83
4^e 28/02/83
5^e 2/03/83.
6^e 3/03/83
7^e 6/03/83.
8^e 7/03/83
9^e 9/03/83
10^e 10/03/83


Jamel - 70 2 10 3891
KINESITHERAPIE
Assistance Les Fleurs 59, Bd. Zerkouni
Tel. 20-21-92 - Casablanca

Dr. Salah Eddine Maaroufi

CES de RHUMATOLOGIE

Médecine Manuelle et Osteopathie

Echographie, Osteoarticulaire

Rhumatisme, Maladies des os,

des Articulations, de la colonne vertébrale,

des muscles et des pieds

Diplômé de la faculté de

Medecine de Marseille

Ex. Attaché au C.H.U de Montpellier

الدكتور صلاح الدين المعروفي

خريج كلية الطب بمرسيليا

ملحق سابق بمستشفيات مونبيلي

إختصاصي في أمراض العظام، المفاصل

العمود الفقري، العضلات و الأرجل

علاج العمود الفقري و المفاصل

بالتطبيب اليدوي

الفحص بالصدى للجهاز الحركي

Casablanca, le:.....20/02/2023.....

EL ADDALI NAJIA

Nociceptol

1 appl 2 fois par jour

• duoflex b 60 - Gélule

1 gel par jour au milieu du repas de midi X 2 MOIS

• Cetamyl 1 g cp simple 2 btes

1 cp par jour le matin

DUOFLEX 60 GÉLULES

LOT : 220007

PER : 11/2025

PRIX : 350 DH

CETAMYL 1000 mg

Prix de vente conseillé : P.P.V. : 12,30 DH

6 118000 191438

Dr. Salah Eddine Maaroufi

RHUMATOLOGUE

124, Bd. La Liberté - Casablanca

Tél : 05 22 30 91 54 - 05 22 54 29

124, شارع الحرية - الدار البيضاء - الهاتف : 0808 53 09 58 - 0522 30 91 54

124, Boulevard de la Liberté - Casablanca - Tél: 0522 30 91 54 - 0808 53 09 58

Dr MAAROUFI SALAHEDDINE
RHUMATOLOGUE
Diplôme de la faculté de Médecine
De Marseille
124, BD de la liberté Casablanca
Tel : 0522 30 91 54 / 0808530958

Casablanca Le 20 / 02 / 2023

Non Prénom :

Mme EL ADDALI NAJIA

Signes cliniques :

- Gonalgie gauche .

Bilan radiographique pratiqué :

- Genou gauche : Face en charge , Schuss , Profil , Incidence axile 30° et 60°

Compte Rendu :

- Arthrose femoro-tibiale externe assez évoluée .
- Discrète arthrose femoro-patellaire .
- Bascule rotulienne externe bilatérale .

Dr SALAHEDDINE MAAROUFI

Dr. Salah Eddine MAAROUFI
RHUMATOLOGUE
124, Bd. La Liberté - Casablanca
Tél : 05 22 30 91 54 - 05 22 54 29

Dr MAAROUFI SALAHEDDINE
RHUMATOLOGUE
Diplôme de la faculté de Médecine,
De Marseille
124, BD de la liberté
Casablanca
Tel : 022 30 91 54 / 0808530958

Casablanca Le 20 / 02 / 2023

Mme EL ADDALI NAJIA

- ❖ Gonarthrose bilatérale prédominant à gauche .
- ❖ Syndrome rotulien .

REEDUCATION

10 Séances de rééducation 2 fois par semaine

- Physiothérapie antalgique .
 - Rééducation des muscles sous pelviens en insistant sur le quadriceps et particulièrement le vaste interne
 - Réajustement proprioceptif .
-
- Apprentissage d'auto exercice à pratiquer à domicile tous les jours+++ .

Dr MAAROUFI SALAHEDDINE

Dr. Salah Eddine MAAROUFI
RHUMATOLOGUE
124, Bd / La Liberté - Casablanca
Tel : 05 22 30 91 54 - 05 22 54 29

Dr. Salah Eddine Maaroufi

CES de RHUMATOLOGIE

Médecine Manuelle et Osteopathie

Echographie, Osteoarticulaire

Rhumatisme, Maladies des os,

des Articulations, de la colonne vertébrale,

des muscles et des pieds

Diplômé de la faculté de

Medecine de Marseille

Ex. Attaché au C.H.U de Montpellier

الدكتور صلاح الدين المعروفي

خريج كلية الطب بمرسيليا

ملحق سابق بمستشفيات مونبولي

إختصاصي في أمراض العظام، المفاصل

العمود الفقري، العضلات و الأرجل

علاج العمود الفقري و المفاصل

بالتطبيب اليدوي

الفحص بالصدى للجهاز الحركي

Casablanca, le:.....20/02/2023.....

Facture

EL ADDALI NAJIA

Acte	Honoraire
Consultation	300,00 Dh
Radiographies	400,00 Dh
Total	700,00 Dh

Arrêté la présente facture à la somme de :
sept cents dirham(s)

Dr. Salah Eddine MAAROUFI
RHUMATOLOGUE
124, Bd. La Liberté - Casablanca
Tél : 05 22 54 23 91 - 05 22 54 23 92

124, شارع الحرية - الدار البيضاء - الهاتف : 0522 30 91 54 - 0808 53 09 58
124, Boulevard de la Liberté - Casablanca - Tél: 0522 30 91 54 - 0808 53 09 58

Dr. Salah Eddine Maaroufi

CES de RHUMATOLOGIE

Médecine Manuelle et Osteopathie

Echographie, Osteoarticulaire

Rhumatisme, Maladies des os,

des Articulations, de la colonne vertébrale,

des muscles et des pieds

Diplômé de la faculté de

Medecine de Marseille

Ex. Attaché au C.H.U de Montpellier

الدكتور صلاح الدين المعروفي

خريج كلية الطب بمرسيليا

ملحق سابق بمستشفيات مونبولي

إختصاصي في أمراض العظام، المفاصل

العمود الفقري، العضلات و الأرجل

علاج العمود الفقري و المفاصل

بالتطبيب اليدوي

الفحص بالصدى للجهاز الحركي

Casablanca, le:.....20/02/2023.....

EL ADDALI NAJIA

Faire :

Radiographie:

- Genou gauche : Face en charge/schuss/profil/ i.axiale 30° et 60°

fait le : 20/02/2023

Dr. Salah Eddine MAAROUFI
RHUMATOLOGUE
124, Bd. La Liberté - Casablanca
Tél : 05 22 30 91 54 - 05 22 54 29

Dr. Salah Eddine MAAROUFI
RHUMATOLOGUE
124, Bd. La Liberté - Casablanca
Tél : 05 22 30 91 54 - 05 22 54 29